

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

182

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert GARNIER

né le 29 Avril 1915 à Saint-Martin-de-Ré

- 1 JUIL 1942

Contribution à l'étude
des Perforations Itératives des
Ulcères Gastro - Duodénaux

(à propos d'un cas personnel)

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1942



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551805_0054

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert GARNIER

né le 29 Avril 1915 à Saint-Martin-de-Ré

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude des Perforations Itératives des Ulcères Gastro - Duodénaux (à propos d'un cas personnel)

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1942

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	GASTINEL
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	PASTEUR - VALLE- RY - RADOT
Pathologie chirurgicale	QUENU
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	N...
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	LAIGNEL-LAVASTINI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCC
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie	DONZELOT
	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 JAYLE. Chimie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 HUGUENIN Anatomie-Pathol.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 PIÉDELIEVRE ... Médecine légale.
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		de GAUDART	
LAROCHE (G.)...		d'ALLAINES..	
LIAN		MOULONGUET ...	
MOREAU		MOURE	
SÉZARY			
MM.	Clinique obstétricale.		
ECALLE			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educution physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En reconnaissance de son grand dé-
vouement.*

A MA FEMME

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MES ENFANTS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur L. TANON

Professeur d'hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris
Directeur de l'Institut d'hygiène
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller Technique Sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur général
des Services Techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Professeurs FIESSINGER, NOBECOURT,

MOURE, DEVRAIGNE, LEMIERRE,

GUILLAIN, VELTER

Docteur BAILLIART

Ophthalmologiste des Quinze-Vingt

Docteur TOURAINE

INTRODUCTION

Parmi les suites éloignées des perforations d'ulcères gastro-duodénaux, la perforation itérative constitue une éventualité qui est loin d'être rare. Elle a donné lieu récemment à un certain nombre de publications, parmi lesquelles il faut citer surtout celles de J. GOSSET, JOUANNEAU et ALLAMAND, celle de GRIGAUD et celle de J. BOTTIN. Nous avons eu l'occasion récemment de suivre un malade, professeur de dessin dans un lycée de province, qui a fait deux perforations d'ulcère gastrique dans l'espace de vingt mois. A l'occasion de cette observation que nous rapportons plus loin, nous voudrions reprendre la question des perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux et faire une mise au point de cette question.

L'étude des perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux est intéressante à plusieurs points de vue :

— Le diagnostic d'une perforation itérative est relativement plus aisé que celui de la perforation première. En effet, si très souvent une première perforation gastrique ou duodénale est précédée d'un long passé digestif, parfois il s'agit bien d'un accident dramatique, révélateur de la lésion. En cas de perforation itérative, le souvenir que conserve le malade de son premier accident l'incitera à faire plus rapidement appel au médecin, sachant le danger qui le menace; la notion d'une première intervention, la reprise du processus ulcéreux quelque temps après, seront des arguments en faveur d'une nouvelle perforation qui, très souvent, sera opérée dans un laps de temps relativement court.

— La technique opératoire au cours d'une première opération peut-elle réduire les chances d'une perforation itérative? Toute la question est de savoir si la suture simple de l'orifice de perforation est un facteur favorisant des accidents ultérieurs ou bien si c'est une technique suffisante, la gastro-entérostomie complémentaire n'ayant que des indications bien déterminées? Nous étudierons plus loin les résultats obtenus par l'une et par l'autre de ces deux techniques opératoires. Mais disons tout de suite que la gastro-entérostomie complémentaire n'a comme indication majeure que les cas où la su-

ture n'a pu éviter la formation d'un rétrécissement juxta-polyrique très serré. Dans tous les autres cas, il semble qu'elle ne contribue guère à éviter des complications post-opératoires tardives. Elle perd encore de sa valeur par suite de la possibilité de complications qui lui sont propres, telles l'ulcus peptique et la difficulté qu'elle peut occasionner lors des ré-interventions chez le même malade.

— Enfin, au point de vue de la conception physiopathologique d'ensemble des ulcères gastroduodénaux, les complications tardives, dont la perforation itérative, permettent d'envisager certains ulcus non pas comme une lésion unique, mais plutôt comme une véritable maladie ulcéreuse frappant une certaine région de l'estomac ou du duodénum, ce qui entraîne une double conclusion :

— la gastrectomie doit être considérée comme le traitement de choix des ulcus gastriques;

— la nécessité de suivre pendant de longues années les malades opérés d'une perforation d'ulcus, de toujours craindre la reprise du processus ulcéreux et de les prévenir du danger constant qui les menace.

En faveur de cette conception de l'ulcus maladie ulcéreuse, s'inscrit le fait que, très souvent au cours de ré-interventions chez des anciens opérés, il est impossible de dire s'il s'agit de la reperforation de

l'ancien ulcère ou de celle d'un ulcère développé récemment autour de la cicatrice. Mais qu'il s'agisse d'un ulcus nouveau ou de l'ancien, l'interprétation de J. GOSSET, JOUANNEAU et ALLAMAND résume l'opinion actuelle sur la question : « La maladie ulcéreuse a poursuivi son évolution malgré la première perforation et malgré l'intervention suture simple ou concédée par une gastro-entérostomie. »

II. — ETUDE CLINIQUE

Nous ne nous étendrons pas sur les signes cliniques d'une perforation gastrique ou duodénale banale. Si la douleur et la contracture abdominale ont la même valeur que lors d'une première perforation, il importe d'insister sur les antécédents digestifs et notamment sur la notion d'une perforation antérieure. Le tableau dramatique de la première perforation est resté gravé dans la mémoire du malade qui, très souvent, fait lui-même le diagnostic lorsqu'il s'agit de perforation itérative.

D'abord, quels sont les ulcus qui récidivent le plus fréquemment et qui ont, par conséquent, le plus de chances de se perforer pour la deuxième fois? Du point de vue de leur siège, l'ulcus gastrique semble récidiver plus souvent que l'ulcus duodénal; parmi les ulcus gastriques, c'est l'ulcus de la petite courbure qui donne le plus grand nombre de guérisons, alors que l'ulcus pylorique est le plus récidivant. Mais il est souvent très difficile de dire, au cours de ré-interventions, s'il s'agit d'un

deuxième ulcère. BOTTIN, de Liège, sur une statistique portant sur 195 perforations gastro-duodénales, a noté que les perforations secondaires se sont produites dans une région voisine de la perforation première, mais dans aucun cas il n'a trouvé de traces certaines de la première suture, de telle manière qu'il est impossible d'affirmer si la deuxième perforation n'est qu'une nouvelle ouverture de l'ancien ulcère.

Au point de vue anatomique, les ulcères qui récidivent le plus souvent ce sont ceux qui, à la première intervention, se présentaient macroscopiquement comme des ulcères à bords œdémateux, des ulcères infectés pour lesquels l'intervention a été difficile, et où il a fallu « prendre » à distance pour suturer, les fils coupant au niveau du pourtour de la perte de substance.

Par contre, les ulcères à bords souples, sans œdème, pour lesquels la suture et l'enfouissement ont été simples, sont ceux qui guérissent le mieux. Cette distinction, basée sur l'aspect macroscopique des ulcères à l'intervention permet de distinguer schématiquement deux types d'ulcères : l'un qui guérit d'une manière stable par la suture, l'autre qui ne traduit qu'un épisode au cours d'une gastrite inflammatoire. La gastrectomie immédiate ou

secondaire est alors la seule méthode opératoire capable de donner de bons résultats.

Comment se présentent en clinique les malades atteints de perforation itérative?

Il s'agit le plus souvent de sujets relativement jeunes qui ont été opérés d'une perforation gastrique ou duodénale. Parfois, il y a eu une période d'accalmie assez longue; d'autres fois, le malade continue à souffrir malgré l'intervention. La période d'accalmie a pu être de durée variable, de quelques mois à quelques années. Certaines observations signalent une accalmie de neuf ans avec reprise ultérieure du processus ulcéreux. Inversement, WILMOTH signale un cas de perforation itérative 32 jours après l'intervention pour une première perforation d'ulcus duodénal. La période d'accalmie est donc de durée extrêmement variable et une période d'accalmie très longue ne doit pas faire croire à une guérison définitive de l'ulcère.

Que l'ulcère se manifeste pendant une longue période avec son évolution par poussées ou qu'il soit latent, la perforation itérative peut survenir avec son début dramatique et se caractérise par les signes classiques que nous ne décrirons que rapidement et pour mémoire.

La douleur, le « coup de poignard péritonéal », dont il est classique de dire que son intensité dé-

passé celle de tous les autres syndromes abdominaux aigus. Sa brutalité est telle que, très souvent, les malades peuvent préciser l'heure, la minute même de son début. Le siège de cette douleur est variable, en général les malades indiquent la région sus-ombilicale, un peu à droite de la ligne médiane. Parfois, cependant, elle peut siéger dans la fosse iliaque droite ou dans l'hypochondre droit. Dans ces cas, il s'agit souvent d'ulcère du duodénum.

La contracture est le deuxième signe classique, signe constant pour MONDOR, réalisant le « ventre de bois ». Elle siège en général au même point que la douleur, mais se généralise assez rapidement, gagnant fosse iliaque droite, hypochondre gauche, fosse iliaque gauche, mais il existe toujours un maximum sus-ombilical très net, « le reste de l'abdomen présentant simplement un état de défense ». Son maximum de netteté à droite associé à la douleur semble surtout fréquent en cas de perforation duodénale.

Les antécédents gastriques ont, en cas de perforation itérative, encore plus d'importance que dans les cas de première perforation où ils peuvent manquer, la perforation étant alors le premier accident révélateur d'un ulcère méconnu. Ici il s'agit, comme nous l'avons dit plus haut, d'un malade qui, après une première intervention, a continué à souffrir.

Très souvent, cependant, ce ne sont plus les douleurs par poussées séparées par des intervalles d'accalmie, mais une douleur continue, encore rythmée par les repas et influencée par des écarts de régime. Dans les jours qui précèdent la perforation, il semble cependant qu'on assiste à une aggravation du processus ulcéreux, les douleurs ne cédant plus à la diète et devenant continues et plus violentes. C'est un véritable état de « perforation menaçante ».

Si un examen radiologique est pratiqué à cette époque, il arrive que la perforation puisse être surprise. L'observation de LANG est intéressante à ce sujet : un homme de 65 ans, en « crise gastrique » intense depuis 15 jours, est examiné sous l'écran. Brusquement, on voit la baryte sortir de l'estomac et l'intervention montre une perforation.

Nous ne ferons que signaler les autres symptômes qui deviennent secondaires devant l'intensité de la douleur et de la contracture : les vomissements qui sont très inconstants, la sonorité pré-hépatique, l'état de shock dont la fréquence d'ailleurs est très discutée.

En somme, au point de vue clinique, la perforation itérative se caractérise par les deux signes classiques de toute perforation : douleur et contracture. La notion d'une première intervention, la constatation d'une cicatrice opératoire, la reprise

du processus ulcéreux après l'opération avec accentuation de tous les symptômes dans les jours précédant l'accident brutal seront autant d'arguments en faveur d'une deuxième perforation.

Ajoutons que l'examen radiologique, s'il peut être pratiqué sans perte de temps et sans retarder l'intervention, peut être d'un utile secours en montrant une zone de gaz entre le diaphragme et la face supérieure du foie.

III. — PATHOGENIE

Au point de vue pathogénique, la question essentielle est de savoir si la technique opératoire utilisée lors de la perforation initiale peut influencer d'une façon quelconque l'avenir de l'opéré, autrement dit, si elle peut avancer ou retarder les complications tardives post-opératoires lorsque celles-ci doivent se produire.

— La perforation itérative se produit-elle plus facilement lorsque la première perforation a été traitée par suture simple sans gastro-entérostomie? Au premier abord, il semblerait que les perforations itératives se produisent surtout après suture simple. Il s'agit, dans la grande majorité des cas publiés, de la technique suivante : suture bord à bord, puis enfouissement séro-séreux et dans certains cas épiploplastie de sécurité. Pour certains auteurs (LARCHERS-IBARZ), la suture simple est retrouvée de façon fréquente comme technique employée chez les malades qu'on opère pour la deuxième

fois (17 fois sur 26 pour cet auteur). La majorité des auteurs, cependant, estiment que la suture simple ne favorise guère la perforation itérative dans une proportion plus grande que la suture associée à la gastro-entérostomie. GANDY, dans sa thèse, signale que cette technique a suffi 25 fois sur 54 cas, donnant ainsi 46,2 % de guérisons stables. D'autres auteurs, d'ailleurs, pensent également que la suture simple suffit parfois à guérir complètement l'ulcère. Pour J. GOSSET, JOUANNEAU et ALLAMAND, la gastro-entérostomie complémentaire ne semble pas favoriser davantage la cicatrisation de l'ulcère. Ces auteurs sont persuadés que la gastro-entérostomie complémentaire n'est pas un moyen d'assurer une guérison plus durable de l'ulcère perforé. Ces auteurs citent diverses statistiques qui étudient l'efficacité et les résultats éloignés des diverses techniques opératoires. PEARSE, sur 24 malades traités par simple suture, a vu chez un seul se produire plus de deux perforations, tandis que chez 8 malades qui subirent une gastro-entérostomie complémentaires, 3 reperforèrent trois fois ou plus. Ils concluent que la gastro-entérostomie complémentaire prolongeant forcément une intervention déjà grave chez un sujet shocké, n'a qu'une indication bien déterminée : le cas où la suture n'a pu éviter la formation d'un rétrécissement juxta-

pylorique intolérable. Ces cas, avec une bonne technique de suture, doivent rester exceptionnels. GANDY rapporte dans sa thèse un cas intéressant (p. 78), dans lequel la suture simple d'une perforation lenticulaire de la face antérieure de l'antrum a déterminé, au bout de plusieurs mois, un syndrome clinique et radiologique de sténose. Au cours d'une réintervention, on trouva une véritable symphyse cicatricielle de la région antrale avec la paroi. Après libération du bloc fibreux, l'intervention fut terminée par une gastrectomie large.

*
**

Une deuxième question qui se pose au point de vue pathogénique, c'est de savoir si les perforations itératives se produisent au niveau de l'ancien ulcus ou dans le voisinage de celui-ci sur un ulcère néoformé. BOTTIN, de Liège, note à ce sujet que les perforations itératives se produisent souvent dans une région voisine de la première perforation, mais dans aucun des cas qu'il a étudiés il n'a trouvé de trace certaine de la première suture. GANDY distingue au point de vue de la reprise du processus ulcéreux plusieurs éventualités :

- l'ulcère initial reprend son évolution;
- un autre ulcère apparaît;
- il y a gastrite sans ulcère.

Mais le plus souvent, au cours de réinterventions pour perforation itérative, il est très difficile de dire s'il s'agit du premier ulcère ou d'un nouvel ulcus. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que dans certaines régions de l'estomac — la région antrale en particulier — de nouveaux ulcères peuvent apparaître, même après guérison histologique parfaite du premier. On retrouve dans certains cas les fils d'enfouissement du premier ulcère qui a guéri sans laisser de trace, et dans la région voisine on voit un second ulcère.

— Enfin, le rôle de la cicatrice opératoire n'est certes pas négligeable dans les perforations itératives. Certaines cicatrices sont constituées forcément dans du tissu infiltré par la sclérose et l'inflammation. J. GOSSET, JOUANNEAU et ALLAMAND citent à ce sujet l'observation suivante, très démonstrative : il s'agit d'un malade opéré en province pour perforation d'ulcère. En même temps, le chirurgien fait une suture de la perforation et une gastro-entérostomie complémentaire. Le malade continuant à souffrir, une deuxième intervention est pratiquée quatre mois plus tard par J. GOSSET et

ALLAMAND. La zone correspondant à l'ancienne perforation ne présentait que quelques adhérences lâches avec la face inférieure du foie. Après libération de la face antérieure du bulbe duodénal, on apercevait sous un voile transparent le fil de lin qui avait servi à oblitérer la perforation; à peine ce voile fut-il incisé que du liquide duodénal s'écoula : l'ancienne perforation ne s'était pas cicatrisée et son couvercle était uniquement formé par la lame transparente que l'on venait de couper.

Cependant, très souvent la perforation itérative se produit en péritoine libre, ce fait venant témoigner une fois de plus de la tendance particulière qu'ont certains malades à faire des perforations.

— Quelle est la gravité des perforations itératives? Si, pour certains auteurs, c'est un accident extrêmement grave, il nous faut insister sur un fait d'importance primordiale : dans la perforation itérative, le diagnostic est fait de façon précoce, le malade ayant conservé le souvenir de son premier accident, les notions d'antécédents d'une première perforation venant immédiatement corroborer le diagnostic. L'intervention est donc pratiquée de façon relativement précoce, ce qui explique que très souvent ces malades guérissent sans suites opératoires.

IV. — TRAITEMENT

Le traitement des perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux ne diffère guère du traitement habituel des perforations d'ulcère. C'est moins le caractère itératif de la perforation que le siège, les dimensions, l'aspect de l'orifice qui conditionneront la technique opératoire. Mais le fait qu'il s'agit de perforation itérative indique bien qu'il s'agit d'une maladie ulcéreuse et que, par conséquent, la gastrectomie, opération radicale, devra être envisagée tôt ou tard.

Trois possibilités sont offertes au chirurgien : la suture simple, la suture associée à la gastro-entérostomie, la gastrectomie.

Il est évident que la suture simple, suivie d'enfouissement, constitue une intervention beaucoup moins grave pour un patient plus ou moins choqué qu'une large résection. D'ailleurs, il est certain que certains ulcères guérissent complètement après la suture de la perforation. GOSSET signale 40 % de

guérisons après simple suture; BOTTIN, 49 % sur 194 cas. D'après d'autres statistiques (thèse GANDY), la suture simple a été suivie de mort dans les proportions suivantes : sur 117 cas traités par suture simple, 34 furent mortels.

La suture associée à la gastro-entérostomie est pratiquée de façon systématique par certains chirurgiens. Mais la plupart la réservent aux seuls cas où une suture d'ulcus paraît avoir rétréci le calibre pylorique. Cette éventualité semble d'ailleurs rare. STEWART et BARBER n'admettent en aucun cas la possibilité de sténose du pylore provoquée par la suture. A la suite d'expériences chez le chien, ces auteurs ont prouvé que si cette sténose existe au début, elle disparaît spontanément vers le quatrième-cinquième jour. GANDY signale cependant un cas de vomissements qui ne cédèrent qu'après gastro-entérostomie, mais il s'agissait d'un vieil ulcère avec péritonite plastique. Il semble donc que la gastro-entérostomie associée à la suture n'a que des indications assez limitées, mais si elle est pratiquée dans les premières heures, elle n'augmente pas la mortalité post-opératoire.

Reste la cure radicale : la résection de l'ulcère. C'est, certes, l'intervention de choix, surtout chez des malades qui ont présenté des récidives post-opératoires, qui ont, par conséquent, une tendance

particulièrement tenacé à faire des ulcères et à les perforer. J. GOSSET, JOUANNEAU et ALLAMAND forment au sujet de la gastrectomie la règle suivante : ou l'on aura recours à la gastrectomie immédiate, ou l'on choisira au contraire l'intervention la plus simple, la moins susceptible de gêner la gastrectomie ultérieure. La gastrectomie immédiate ne peut donner d'aussi bons résultats que la suture simple que si elle est pratiquée dans les premières heures chez des malades résistants et par un chirurgien entraîné. La technique la meilleure, selon GOSSET, serait donc : la suture suivie d'une gastrectomie quinze jours ou trois semaines plus tard, surtout si, après la suture, le régime soigneux imposé au malade et le traitement médical, l'ulcère se manifeste par de nouvelles douleurs ou des hémorragies. La gastrectomie en un deuxième temps se fera dans des conditions de calme bien supérieures à celles qu'offre au chirurgien l'état rarement brillant d'un malade atteint de perforation gastro-duodénale. La gastrectomie constitue ainsi le véritable traitement prophylactique des perforations itératives.

V. — OBSERVATIONS

I. — OBSERVATION PERSONNELLE

M. J.R.S., professeur de dessin à N..., âgé de 29 ans, a toujours été en parfaite santé. Il a accompli son service militaire et a été mobilisé en septembre 1939 dans un régiment de chasseurs. Il n'a aucun passé pathologique. Il est père de deux enfants bien portants. A signaler que son père souffrait de l'estomac depuis l'âge de 20 ans et qu'il a été opéré d'un ulcère gastrique à l'âge de 35 ans. M. J.R.S. a fait toute la guerre sans incidents. En septembre 1940, un mois après sa démobilisation, alors qu'il se croyait en parfaite santé, il est pris brusquement à 10 heures du soir d'une douleur abdominale violente avec état syncopal. Transporté à l'hôpital de N..., il est opéré à une heure du matin. Ulcère du pylore perforé. Suture avec enfouissement. On ne fait pas de gastro-entérostomie. Les suites opératoires sont simples et le malade reprend assez rapidement son travail. Il suit un régime et prend des poudres alcalines. Mais il se plaint cependant

d'avoir des digestions pénibles, des brûlures, des douleurs abdominales rythmées par les repas. Au mois de janvier 1942, nous avons eu l'occasion de voir ce malade de passage à Paris. Radiographié à cette date, les radios ont montré un passage pylorique un peu lent, mais pas d'image pathologique. Nous lui avons conseillé à cette époque, s'il continuait à souffrir, d'envisager une deuxième intervention, avec l'idée, au cas où l'intervention montrerait une lésion, de faire pratiquer une gastrectomie. Remettant toujours la deuxième intervention, évitant de voir des médecins, il continuait son activité sans cesser de souffrir. Le 15 avril 1942, vingt mois après la première intervention, à 16 heures, nouveau drame abdominal. Douleur abdominale violente, état syncopal, quelques vomissements. Averti par la première perforation, faisant lui-même le diagnostic, il se fait transporter pour la deuxième fois à l'hôpital de N... Opéré deux heures après le début, on trouve une nouvelle perforation au voisinage de la suture. La première perforation semble bien cicatrisée. On pratique une gastrectomie. Suites opératoires simples. Jusqu'à ce jour, le malade accuse un mieux-être net, a des digestions plus faciles et ne souffre presque plus.

OBSERVATION II

de J. GOSSET (*Presse Médicale*, 22 octobre 1938)

Le nommé Louis B..., âgé de 32 ans, est admis d'urgence à l'hôpital Beaujon-Clichy le 9 octobre 1937 à 1 h. 15 du matin.

Appelé à le voir comme chirurgien de garde, nous nous trouvons en présence d'un homme vigoureux qui nous raconte qu'il a été pris, huit heures plus tôt, d'une douleur abdominale extrêmement violente, qui a commencé dans l'hypochondre droit; cette douleur est encore très intense et empêche le malade de respirer profondément. Son siège s'est pourtant déplacé vers le bas et elle prédomine actuellement dans la fosse iliaque droite. A part ce symptôme, il n'y a rien d'autre à noter; le malade n'a pas vomi, sa température est à 37°, le pouls à 90. L'examen de l'abdomen montre une contracture intense mais non généralisée, surtout marquée au niveau de l'hypochondre droit. La douleur est très vive au-dessous du point de Mac Burney, mais la région épigastrique et la fosse iliaque gauche ne sont que peu sensibles.

Au toucher rectal, on ne détermine pas de douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas. Il n'y a pas de sonorité pré-hépatique.

Frappé par l'existence d'une cicatrice médiane sus-ombilicale, nous interrogeons le malade sur ses antécédents et nous apprenons qu'un an plus tôt il a été opéré pour une perforation d'ulcère duodénal qui fut simplement suturée. Entre ce moment et l'accident actuel, il n'a jamais souffert de l'estomac.

Ne pensant guère à la possibilité d'une perforation itérative et nous basant sur le siège maximum des symptômes, nous penchons vers le diagnostic de péritonite appendiculaire. Toutefois, vu l'intensité de la contracture de l'hypochondre et le siège élevé de la douleur initiale, nous faisons des réserves en faveur d'une lésion possible du carrefour sous-hépatique.

Intervention. — Opérateur : Docteur Jean GOSSET; aide : M. VINCENT. Anesthésie générale, éther.

Les réserves que nous venons de mentionner nous incitent à abandonner l'incision exploratrice de Mac Burney pour une incision de Jalaguier haute qu'il sera facile au besoin d'agrandir vers le foie. Dès l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'un liquide typique de perforation ulcéreuse, et, d'autre part, l'appendice est sain. L'incision prolongée vers le haut conduit directement sur la face antérieure du premier duodénum, qui présente à 1 cm. à droite du pylore une perforation

lenticulaire de 4 mm. de diamètre, peu calleuse. Il est important de noter qu'il n'existe aucune adhérence et qu'il est impossible de trouver trace des anciens fils de suture. La perforation est fermée. Toilette du péritoine. Mise en place du drain sous le foie. Fermeture de la paroi en trois plans au catgut. Suites opératoires simples. Le malade, revu en février 1938, est en très bonne santé, n'a aucun trouble. La gastrectomie nous paraît indispensable, mais le malade ne l'a pas encore acceptée.

OBSERVATION III

de SOUPAULT (in thèse GANDY)

Un homme de 45 ans est opéré en juillet 1930 d'une perforation pylorique antérieure pour laquelle on fait une suture avec gastro-entérostomie. Pendant cinq mois, ce malade ne ressent plus aucun trouble. Puis des crises douloureuses typiques réapparaissent. Le traitement médical restant impuissant et une hématomérose s'étant produite, une gastrectomie est alors décidée. Elle montre une guérison parfaite de l'ulcère initial, mais fait découvrir un deuxième ulcus perforé dans le pancréas. Les coupes pratiquées au niveau de l'ulcère perforé

dans le pancréas montrent ses bords occupés par une couche assez épaisse de tissu nécrobiotique. Les couches musculuses, sectionnées aux pourtours de cet ulcère, sont profondément infiltrées et parfois détruites par un tissu conjonctif néo-formé, irritées sur de grandes profondeurs et infiltrées de nombreux mononucléaires. Cette gangue conjonctive de défense est très épaisse au niveau du péri-toine; elle englobe en certains points de nombreux filets nerveux. La muqueuse gastrique, dans les régions de l'ulcère, est en de nombreux points infiltrée par des lésions inflammatoires subaiguës déterminant une gastrite intestitielle riche en éléments mononucléés; ces leucocytes constituent des amas refoulant et sectionnant parfois des tubes glandulaires. Un ganglion examiné se montre chroniquement irrité; dans le tissu cellulo-adipeux qui l'entoure, on trouve une artère assez volumineuse atteinte d'endartérite chronique oblitérante. La lumière du vaisseau est très réduite. Plusieurs filets nerveux qui accompagnent cette artère sont infiltrés d'œdème.

En résumé, ulcère suraigu perforant ayant déterminé dans les tissus périphériques des réactions inflammatoires subaiguës assez accusées.

OBSERVATION IV

de BOTTIN (*Presse Médicale*, 11 janvier 1939)

Un homme de 49 ans est atteint, en 1935, d'une perforation de la face antérieure du pylore sur un ulcère de cette région. Elle est suturée et enfouie. Malgré le régime qu'il observe assez scrupuleusement, le malade continue à souffrir avec des périodes d'accalmie de deux à trois mois, et en 1937, donc deux ans après le premier accident et à l'âge de 51 ans, le malade fait une nouvelle perforation gastrique. L'intervention (M. ORBAN) est pratiquée sous anesthésie générale à l'éther. Elle révèle l'existence d'une perforation de la face antérieure de la région pylorique. Cette perforation de 3 mm. de diamètre centre un ulcère volumineux de la région perforée entouré d'une zone œdémateuse de 7 cm. de diamètre. On ne trouve aucune trace de la suture ancienne. On effectue la suture et l'enfouissement de la nouvelle perforation. Après des complications pulmonaires assez inquiétantes le malade guérit parfaitement de cette seconde intervention et quitte la clinique après quatre semaines. A l'heure actuelle, deux ans après cette dernière opération, l'état du malade est satisfaisant. Obéissant au régime de Mac Lean, le patient ne souffre plus.

OBSERVATION V

M. JOUANNEAU (*Presse Médicale*, 22 octobre 1938)

Georges G..., employé de bureau, 55 ans, est admis d'urgence, le 4 avril 1936, à l'Hôpital de la Pitié, pour un syndrome douloureux abdominal apparu brusquement six heures auparavant.

A son entrée, on constate une douleur extrêmement vive à l'épigastre. La température est normale, le pouls légèrement accéléré. Le malade ne vomit pas et à l'interrogatoire il nous apprend seulement l'existence d'un état dyspeptique très ancien mais sans caractère précis. A la palpation abdominale on trouve une contracture généralisée surtout marquée à l'épigastre où siège également le maximum de la douleur. Au toucher rectal il y a une vive sensibilité du Douglas. De l'ensemble de ces symptômes si positifs on conclut à une perforation d'ulcère et on pratique l'intervention chirurgicale d'urgence.

Intervention. — D^r JOUANNEAU, en présence du D^r REDON, chirurgien de garde. Anesthésie générale : éther.

Incision médiane sus-ombilicale; à l'ouverture du péritoine, on trouve du liquide louche dans l'abdomen. L'exploration des viscères montre une perfo-

ration lenticulaire juxta-pylorique du duodénum. Fermeture de la perforation par un point en X au catgut fort. Epiplooplastie. Toilette péritonéale. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires normales et sans incident. Le malade quitte l'hôpital le 21 avril 1936, décidé à se soumettre à un examen médical tous les mois.

Revu à la fin mai 1936, il est en parfait état et n'accuse aucun des troubles dyspeptiques dont il se plaignait auparavant. Le 25 juin, il va toujours bien et a repris du poids. A la fin du mois de juillet 1936, en quelques jours, le malade présente tous les signes d'une crise ulcéreuse typique, avec des douleurs très vives, presque continues, et ne subissant aucune influence sédative.

Le 3 août 1936, il ressent une douleur brutale à l'épigastre et vient de lui-même à l'hôpital Beaujon, ayant fait son propre diagnostic de perforation d'ulcère.

On l'examine trois heures après le début de la crise et les signes cliniques d'ulcère perforé sont évidents.

Intervention : Docteur JOUANNEAU, docteur BLONDIN, chirurgien de garde. Anesthésie générale : éther.

Incision médiane sus-ombilicale. On trouve une petite quantité de liquide dans l'étage sus-mésoco-

lique de l'abdomen. Au niveau du versant duodénal du pylore, il y a une perforation lenticulaire extrêmement nette et il n'existe aucune trace de l'intervention précédente. Pas la moindre adhérence, pas la moindre cicatrice. Fermeture de l'ulcère par deux bourses au fil de lin. Paroi en un plan aux crins doubles sans drainage. Suites opératoires normales; le malade quitte l'hôpital le 19 août 1936.

OBSERVATION VI

de H. GRIGAUD (*Presse Médicale*, 11 janvier 1939)

Le médecin commandant B..., des troupes coloniales, atteint de maladie ulcéreuse, avait eu, en 1935, un épisode aigu qui avait nécessité un laparotomie avec suture et enfouissement d'un ulcère gastrique. Toutes les observations de cette époque nous manquent; d'ailleurs seul le résultat nous intéresse. A la suite de cette intervention qui avait nécessité un drainage sus-pubien, les médecins avaient estimé que, pendant quelque temps, le docteur B... devrait interrompre sa vie coloniale. Mais après quelques années en France, notre camarade a voulu repartir à la colonie; les médecins l'ont déclaré apte sous réserve qu'il serait dans un centre à proximité d'un centre chirurgical. Or, le médecin comman-

dant B..., comme tous les gens atteints de maladie ulcéreuse, avait des périodes de calme et de poussées; arrivé à la colonie, les conditions de vie aidant, il négligeait facilement son affection et se soignait de façon irrégulière. Je l'avais vu quelques mois avant l'intervention en poussée aiguë.

Il avait eu, de plus, un syndrome dysentérique avec grosse hémorragie intestinale, mais sans douleur gastrique; les symptômes ont disparu en quelques jours à la suite d'un traitement mixte émétine, sérum antidysentérique. Pendant quelque temps, la vie du docteur B... a été relativement calme; il faisait son service d'ambulance et de tournées.

Mais brusquement, le 26 août, pendant qu'il passait sa visite, il a été pris d'une douleur subite en coup de poignard et il a eu l'impression du « déjà ressenti ». Transporté chez lui, il nous fait appeler d'urgence et nous le voyons moins de deux heures après. Il est pâle, couvert de sueur, parlant à voix basse et respirant doucement, les inspirations profondes étant impossibles à cause de la douleur. Pas de température, pouls à 60 bien frappé.

Il accuse une douleur sous-hépatique avec irradiations dans la fosse iliaque droite et vers l'épaule droite. La douleur hépatique va en augmentant dans le temps. Le malade n'a pas eu d'hématémèse, il n'a eu aucun goût de sang dans la bouche.

A l'examen, l'abdomen ne respire pas; la palpation est douloureuse sur une zone s'étendant du rebord costal à la fosse iliaque. Pas de ventre de bois; pas de contracture plus accusée en un point particulier; il y a simplement défense de la paroi.

Toucher rectal non douloureux; météorisme abdominal. Devant ces symptômes, nous pensons à une perforation et décidons d'intervenir, mais ici se pose la modalité de l'intervention et on devine les problèmes angoissants que doit résoudre le chirurgien colonial. Nous étions à 36 kilomètres du centre chirurgical où existent une salle d'opération, des instruments multiples, une équipe chirurgicale; la route était convenable et nous étions à la deuxième heure.

Contre l'intervention sur place : salle d'opération petite, peu d'instruments, pas d'aide. De plus, l'appareil de radio installé à Abidjan devait nous fournir la preuve d'une perforation.

Nous transportons donc le malade : le trajet a duré une heure et, à l'arrivée, son état n'avait pas empiré. Nous profitons des préparatifs pour avoir la preuve radiologique (notons que nous n'avons jamais senti le ventre de bois) et nous obtenons le cliché ci-joint : la lunule interhépatophrénique ne nous permettait pas de temporiser.

A l'intervention (aide : S. POROÏCOFF) : après excision de la cicatrice de la première laparotomie, on tombe dans l'étage sus-méso-colique et on découvre un épiploon sain; cet épiploon est effondré aux doigts et alors surgit du liquide, bouillon sale, verdâtre, en assez grande quantité; on assèche difficilement l'espace sous-hépatique d'où sourd le liquide; enfin nous sommes obligés de brancher une incision latérale droite qui nous amène sur la région pylorique où, après avoir écarté quelques brides d'adhérences, nous découvrons et aveuglons du doigt une perforation de la grosseur d'une lentille, bien circulaire, à bord net, et siégeant sur une cicatrice cartonnée. Etant donné la mauvaise qualité des tissus perforés, il est impossible de rétrécir la perforation par cerclage. Force est alors de l'obturer par plissement de la paroi voisine, sur un espace assez long, étant donné la zone cicatricielle (6 cm. environ) de tissu fibreux. Nous avons pu fermer complètement la brèche et attirer quelques lambeaux épiploïques. L'espace sous-hépatique a été drainé jusqu'au troisième jour. Les suites ont été normales et le malade s'est embarqué le 22 septembre, complètement rétabli; toute douleur gastrique avait disparu.

OBSERVATION VII

de BOTTIN (*Presse Médicale*, 11 janvier 1939)

Oscar L..., 27 ans, souffre de l'estomac depuis l'âge de 18 ans; en 1925, il fait une perforation sur un ulcère gastrique. La perforation est traitée par enfouissement et suture. Le malade guérit de l'intervention mais, en 1926, on pratique une gastro-entérostomie postérieure pour des phénomènes de sténose au niveau du pylore. Jusqu'en 1932 et bien qu'il ne suive plus aucun régime, le malade ne souffre plus, mais à cette époque, et brusquement, il fait une hémorragie gastrique extrêmement grave dont il guérit par traitement conservateur.

Le malade, observant très irrégulièrement son régime, souffre d'une manière intermittente jusqu'en 1935. A ce moment, on se propose d'effectuer une résection de l'estomac. L'intervention ne montre aucun ulcère visible ni au niveau du pylore, ni au niveau de la bouche de gastro-entérostomie; on ne trouve aucune trace de la perforation ni de la suture ancienne; la résection est, par ailleurs, considérée comme impossible. En 1936, alors qu'il est âgé de 38 ans, le malade se présente avec un nouveau syndrome de perforation gastrique. L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale à l'éther,

La perforation n'est pas découverte; on établit un drainage de la fosse iliaque droite. L'opération laisse le malade dans un état très grave, que rendent encore plus précaire des accidents d'obstruction mécanique de l'intestin grêle par adhérences apparues dix jours après l'intervention. Sous anesthésie locale, on effectue une entérostomie sur le grêle; l'état du malade s'améliore passagèrement, mais bientôt il s'altère de nouveau et le décès survient quinze jours après l'entérostomie. L'autopsie révèle une misère physiologique accusée et l'existence d'un ulcère perforé de la face antérieure du pylore. On ne trouve aucune trace de l'ancienne perforation, pas plus que de la suture effectuée en 1925.

OBSERVATION VIII

de MM. J. PERVÈS et P. BADELON,
médecins de la Marine

(Académie de Chirurgie, 24 février 1937)

MM. PERVÈS et BADELON nous ont envoyé l'intéressante observation d'un ouvrier de 31 ans, éthylique, et ayant déjà présenté des douleurs gastriques, qui est hospitalisé le 19 décembre 1933 pour de vives douleurs épigastriques avec contracture locale.

L'intervention, faite d'urgence, permet de suturer une petite perforation de la face antérieure du duodénum. L'opéré guérit. Quelques mois après, il recommence à souffrir, peut-être sous l'influence de la reprise de ses habitudes d'intempérance.

En juillet 1934, sept mois après l'opération, un examen radiologique montre des signes d'ulcère en activité au niveau du bulbe duodénal.

Le 24 octobre 1935, soit vingt-deux mois après la première intervention, A... entre de nouveau à l'hôpital avec des signes de péritonite aiguë paraissant avoir débuté quarante-huit heures auparavant.

On l'opère aussitôt; on trouve dans le ventre du gaz et du liquide, et, cachée sous des adhérences, une large perforation qu'on ferme avec difficulté. Drainage du Douglas. Mort le 26 octobre.

L'estomac et le duodénum ayant été prélevés à l'autopsie, l'examen de la pièce montre une large perforation siégeant sur le versant duodénal du pylore.

Elle a détruit en grande partie le fond d'un ulcère ancien, calleux, dont la nature est affirmée par l'épaississement des parois, taillées à pic, l'infiltration inflammatoire chronique et l'hyperplasie conjonctive.

Un examen minutieux n'a pas permis de trouver un autre ulcère en évolution.

OBSERVATION IX

de MM. CAPETTE et PELLÉ (de Rennes)

(Académie de Chirurgie, 24 février 1937)

J'ai opéré, le 18 juin 1930, un homme de 60 ans chez qui le médecin traitant avait posé le diagnostic d'appendicite perforante. Grâce au passé gastrique et aux symptômes cliniques, le diagnostic fut facilement rectifié et le malade opéré onze heures après le début des accidents. Perforation large au centre d'une zone indurée occupant tout le versant duodénal du pylore et la première portion duodénale, le tout collant au foie. Difficultés très grandes pour fermer la brèche. Un drain dans le Douglas. Guérison sans incident appréciable.

Revu quelques mois après, puis l'année suivante, le malade, qui n'accuse aucun trouble gastrique, a engraisé considérablement et se trouve guéri, refuse toute nouvelle intervention, mais suit un régime sévère. Quatre ans après, quelques malaises apparaissent, le malade n'a plus d'appétit, mange très peu, maigrit et se plaint de douleurs apparaissant de trois à quatre heures après le repas.

Les douleurs augmentent, deviennent continues, il se produit une hématomèse et, le 16 août 1934, une douleur atroce dans la partie supérieure droite

de l'abdomen permet au malade de faire le diagnostic d'une nouvelle perforation.

Il est vu deux heures après le début de la douleur par le docteur PELLÉ, de Rennes, ancien interne de Paris, qui n'hésite pas bien entendu devant le diagnostic, opère aussitôt et trouve « une perforation arrondie » de un centimètre de diamètre environ siégeant sur la face antérieure du duodéno-pylore et par laquelle on voit sourdre des matières alimentaires mêlées de sang noir. Elle est au centre d'une zone cartonnée, rigide, qui va gêner l'enfouissement. Il nous semble apercevoir, dit PELLÉ, dans la lumière de la perforation, enchâssé dans la paroi, un morceau de fil que nous essayons, mais en vain, d'isoler et d'extirper. L'enfouissement put être pratiqué tout de même, deux plans de sutures et épiplooplastie. Le pylore restant perméable, PELLÉ ne fait rien de plus, draine et referme en un plan.

Suites opératoires immédiatement bonnes; tout va très bien pendant six jours, mais des complications pulmonaires graves d'emblée surgissent : expectoration abondante, hyperthermie, et, malgré tous les efforts thérapeutiques, le malade meurt trois jours après.

OBSERVATION X

de BOTTIN (*Presse Médicale*, 11 janvier 1939)

En 1929, un homme de 54 ans, qui n'a jamais souffert de l'estomac est victime d'une perforation gastrique. L'intervention (Professeur ALBERT) effectuée sous anesthésie générale au chloroforme montre une perforation de 2 mm. de diamètre sur la face antérieure de la région pylorique. Le diamètre de l'ulcère lui-même atteint approximativement 1 cm. 1/2. On effectue une suture et un enfouissement. Le malade guérit et, pendant neuf ans, il ne se montre plus incommodé, bien qu'il suive irrégulièrement le régime qu'on lui a proposé. En 1938, à l'âge de 63 ans, le patient fait un nouvel accident brusque et il s'agit incontestablement d'une nouvelle perforation. On pratique une anesthésie générale à l'évipan sodique et on trouve une perforation de 1/2 cm. de diamètre à la face antérieure du versant duodénal du pylore. Cette perforation centre une tumeur carcinomateuse volumineuse de cette région, avec une adénopathie importante et dure du petit épiploon et du carrefour hépatique. On ne trouve aucune trace de la perforation ni de la suture anciennes. Il ne reste de la première opération que des adhérences serrées de la face antérieure de la première portion du duodénum avec le foie et la

paroi abdominale antérieure. Nous ne pouvons donc dire si le carcinome perforé résulte de la dégénérescence de l'ulcère suturé en 1929 ou s'il s'agit d'une lésion nouvelle. Le patient se trouve dans un état sérieux; d'autre part, l'infiltration des ganglions du petit épiploon et du carrefour hépatique nous semble une raison suffisante pour contre-indiquer la résection de l'estomac qui devrait être très large et serait très malaisée en raison des adhérences dues à l'opération de 1929. On effectue une suture d'ailleurs très difficile dans le tissu cartonné du carcinome et un enfouissement (M. BOTTIN). Le malade quitte la clinique, guéri, dix-huit jours après l'opération. Actuellement, soumis à un régime sévère, le patient ne souffre plus, mais l'opération ne remonte qu'à deux mois.

VI. — CONCLUSIONS

1° La perforation itérative des ulcères gastro-duodénaux est un accident toujours possible au cours d'ulcères récidivants.

2° Il semble que la technique opératoire employée lors d'une première perforation a peu d'influence sur l'avenir de l'ulcéreux, s'il s'agit simplement d'une opération palliative.

La gastro-entérostomie complémentaire associée à la suture ne contribue en rien à éviter une reprise du processus ulcéreux et une perforation itérative; aussi la suture avec enfouissement semble suffisante en cas d'opération palliative, la gastro-entérostomie complémentaire ayant comme seule indication la sténose très serrée du pylore.

3° Au point de vue pathogénique, si la technique utilisée lors d'une première intervention ne peut être invoquée à l'origine de perforations itératives, deux autres facteurs sont importants et doivent être retenus ;

a) le rôle des tissus infiltrés, sclérosés par l'inflammation, réalisant de mauvaises cicatrices opératoires;

b) le terrain particulier sur lequel ces ulcères se développent, la tendance toute spéciale de certains malades à faire des ulcères et à les perforer.

4° Cliniquement, la perforation itérative réalise le tableau d'une perforation gastro-duodénale banale avec, cependant, la notion très importante d'une perforation antérieure dans les antécédents du malade, ce qui explique que, connaissant les symptômes et averti du danger qui le menace, le malade fait immédiatement appel au médecin et très souvent l'intervention peut être pratiquée dans un laps de temps relativement court.

5° Le traitement des perforations itératives comprend :

un traitement palliatif : la suture avec enfouissement;

un traitement curatif qui, le plus souvent, doit être réalisé dans un deuxième temps : la gastrectomie, qui trouve ici son indication majeure vu que l'ulcus a récidivé malgré une première intervention et le plus souvent malgré des traitements médicaux multiples.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.

VII. — BIBLIOGRAPHIE

- AMESTI. — Considérations sur la perforation en péritoine libre des ulcères duodénaux et gastriques. (*Revista Medica de Chili*, mai 1930.)
- ABADIE. — (*Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1921, p. 150.)
- AMELINE et FOLLIASSON. — (*Presse Médicale*, 10 décembre 1932, p. 1855.)
- BORSZEKY. — Perforation itérative en péritoine libre d'un ulcère duodénal après un intervalle de deux ans. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 6 février 1926.)
- BOTTIN. — Les perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux. (*Presse Médicale*, 11 janvier 1939.)
- BERNARD (R.). — (*Presse Médicale*, 28 déc. 1932.)
- BOIRON. — (Thèse de Bordeaux, 1932.)
- CAPETTE et PELLÉ. — (Mémoires de l'Académie de Chirurgie de Paris, février 1937.)
- CARAYANNOPOULOS et CHRISTEAS. — Sur 18 cas de perforations d'ulcère gastrique ou duodénal.

- 13 gastrectomies. (Mém. Académie de Chirurgie, juillet 1936.)
- CHIFOLIAU. — Le traitement de l'ulcère duodénal perforé. (*Le Progrès Médical*, 10 février 1912.)
- CLAVEL et CORAJOD. — Les ulcères perforés restent-ils guéris? (*Lyon Médical*, mai 1934.)
- COURBOULOS. — Perforation latente d'un ulcère duodénal en 1931. Erreur de diagnostic redressé en 1933 au cours d'une deuxième perforation. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, janvier 1934.)
- DUVAL. — Quel est l'avenir des malades opérés d'ulcères perforés? (*Gazette Médicale de France*, avril 1936.)
- GANDY. — Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. (Thèse de Paris, 1904.)
- GAUTHIER. — (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 1920, p. 1145.)
- GOSSET (J.), JOUANNEAU et ALLAMAND. — Les perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux. (*Presse Médicale*, 22 octobre 1938.)
- GOSSET (A.). — (Rapport au XI^e Congrès français de Chirurgie, 1922, p. 103.)
- GRIZAUD. — Les perforations itératives des ulcères gastro-duodénaux. (*Presse Médicale*, 11 janvier 1939.)

HAMANT et ROTHAN. — Considérations cliniques sur les perforations gastro-duodénales en péritoine libre d'après 120 observations. (*Revue Médicale de Nancy*, octobre 1937.)

LEROY. — A propos de deux cas de pylorostomie pour ulcère perforé en péritoine libre. (Thèse Paris, 1931.)

MONDOR et LORET. — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (Masson, 1923.)

PERVÈS et BADELON. — Perforations itératives d'ulcères gastriques ou duodénaux. (Mém. Acad. de Chirurgie, février 1937.)

TONDEUR. — Dans quelle proportion les ulcéreux opérés pour perforation restent-ils guéris? (*Revue de Chirurgie*, mai 1931.)

TOUPET. — (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie*, t. XLVIII.)

